

医師・医療機関の地域偏在対策に関する温故知新 －戦時中の国家統制策の経験と教訓－

国際医療福祉大学大学院教授
島崎 謙治



はじめに

自治医科大学は、昭和47年（1972）、へき地等における医療の確保及び地域住民の福祉の増進を図ることを目的として創設された。医師や医療機関の地域偏在はいずれの国も苦慮している問題であるが、とりわけわが国においては“^{しゅうあ}宿痼”のような難問である。日本の医療提供体制は民間セクター中心であり、しかも基本的に自由開業制だからである。ただし、わが国でも戦時中、自由開業制の制限、医師の勤務指定制、公営医療機関の設置を三本柱とする国家統制策が打ち出されたことがある。本稿では、その経験と教訓を基に、医師・医療機関の地域偏在対策について考察してみたい。なお、引用に当たっては、読みやすさを優先し旧字体を新字体に改めたことをお断りしておく。

1. 医療制度改善方策および国民医療法の制定とその内容

（1）医療制度改善方策の背景と経緯

明治7年（1874）に医制が制定された。これは日本の医療制度の方向性を明示し、その基礎を築いたという意味で大きな意義がある。とりわけ重要なのは、医制が自由開業制を規定したことである。実際、診療所は開業免状（免許）があればどこでも自由に開業でき、病院についても医師自らが開設者である場合には開設許可は容易に与えられた。これは医療機関の著しい偏在を生み出す要因となった。医師の多くは経営の安定を求め都会で開業を希望する一方、不採算になりがちで子弟の教育上も不利な過疎地での開業を嫌うからである。その結果、昭和2年（1927）に全国で2,909であった無医村は昭和14年（1939）には3,655となり、全町村数の約3分の1を占めるに至った（野間〔1940〕92頁）。この当時の市町村数は現在の約6倍（11,349/1,747）もあるため単純な比較はできないが、無医村問題が深刻な問題であったことが窺える。

医療の地域偏在に加え大きな問題であったのは医療費の過重な負担である。このため、大正11年（1922）に制定された健康保険法のいわば“農村版”として、昭和13年（1938）に国民健康保険法が制定された。その審議の過程で、医療の地域偏在の是正は医療保険制度だけでは限界があり、医事・薬事の制度も根本的に見直すべきだという意見が出され

た。これを受け同年に医薬制度調査会が設けられ、同調査会が昭和15年（1940）に答申したのが医療制度改善方策である。

医薬制度調査会の名称に「薬」という文字が入っているように、医師会関係者の間では、この調査会が設置されたのは医薬分業の実現を悲願とする日本薬剤師会の策動とする見方があった。しかし、現実には同調査会の議論を終始リードしたのは林信夫（初代厚生省衛生局長）と野間正秋（同医務課長）の事務系キャリアであった。彼らは、それまでの医師会の意向を尊重し融和的な態度をとってきた内務省衛生官僚とは異なり、いかなる医療制度が国家目的に即応するかという観点に立ち、自由開業医制の是非等にも踏み込むことを躊躇しなかった（高岡〔2011〕230-231頁）。医薬制度調査会の審議が2年余の長期に及ぶことになったのはそのためであり、答申の内容も医薬分業の議論は片隅に置かれ医療制度全般にわたる堂々たるものとなった。

（2）医療制度改善方策及び国民医療法の内容

医療制度改善方策は、医療の普及、医療内容の向上、医師会の改組、の3つの柱から成る。その主要事項は表のとおりであるが、①医療過密地における開業制限、②医師の勤務指定制度、③公営医療機関の設置、④学位広告の禁止、⑤専門科名を標榜する場合の許可制度、⑥医師会の官製化など、日本の医療政策史上最も国家統制色が濃い内容となっている。このうち①から③はこの後で詳述するが、④から⑥についても、林や野間の当時の医学界や医師会に対する基本認識がよく表れているので説明を加えておく。

まず④の学位広告の禁止であるが、その趣旨は、「医学博士であることは必ずしも医術の達者であることを意味しない。然るに国民は、博士であるから医術も優れているであろうと信じがちである。これがために博士号の広告がかえって消極的に医療低下の原因ともなっている」（野間〔1940〕225頁）との考えによる。つまり、医学博士号は医師の技量と関係ないにもかかわらず、国民は誤認し、ひいては医療低下に繋がるから学位広告自体を禁止してしまえということである。そして、国民医療法上も、「…学位ニ関スル広告ヲ為スコトヲ得ズ」（14条）と明定された。ちなみに、これは明治憲法下かつ戦時中だからこそ許される暴挙に見えるが、そうではない。学位広告の禁止が解除されたのは平成12年（2000）の第四次医療法改正のときであり（平成13年2月22日医政発125号通知を参照）、半世紀以上の長きにわたり医学博士号の広告は禁止されていたのである。

⑤の専門科名の許可制度の目的も、医療広告を規制し医療内容の向上を図るという意味では学位広告の禁止と共通する。すなわち、「専門科名の標榜には何らの規制がなく、医師が自由勝手に標榜できるようになっているので、ややもすれば不徳のものがあって、名実一致を欠く標榜をして、ただ患者を沢山引寄せ手段だけに利用する弊害がみられる」（厚生研究所〔1942〕104-105頁）のが実状であった。このため、従来の専門科名を基本的に38種から14種に整理し、これを診療科名と呼称するよう改めたうえで、診療科名よりも分化した新規の専門科名（基本的に18種）の標榜については、真に熟達した医師に

表：医療制度改善方策の主な内容

大項目	小項目	内 容
第1 医療の普及	開業の制限	医師数が過剰と認められる都市及びその近接町村における新規開業制限。
	医師の勤務指定制度	免許取得後1年以内の医師に2年を限度として、国、公共団体又は公益法人立の医療機関での勤務を命じる制度の創設。
	無医地域に対する公営医療機関の設置	無医地域における道府県立の地方出張所又は出張診療所の設置。地方診療所の上級機関として道府県立総合病院を設置。
	各種医療機関の整備統制	町村立一般診療所の道府県への移管。産業組合立医療機関の一部の道府県への移管など国家統制の強化。
	医療費に関する制度の合理化	診療報酬規程の制定。都市及びその近接町村における任意医薬分業。医療保険制度の拡充。
第2 医療内容の 向上	医師免許前の診療修練	医師免許は1年以上の一般的診療に関する実地修練（一種のインターン制）を要するよう改正。
	医師の補修教育	医師の補習教育制度を創設し、医師会等がこれを実施。
	診療科の整理と専門標榜 国家検定制度	従来の専門科名を整理し、これを診療科名と称するよう改正。診療科名よりも分化した専門科名の標榜についての国家検定制度を創設。
	医業広告制限	学位（医学博士号）広告の禁止。医療内容の監督強化。
第3 医師会の 改組	医師会の使命の明確化	医師会は医事衛生に関する公共的活動を通じ国民体力の向上に寄与する団体であることを明確化。
	医師会の強制設立および 医師の強制加入	医師会は日本医師会、道府県医師会の二種とし郡市医師会は廃止し道府県医師会の支部とする。日本医師会は強制設立に改める。医師免許を有する者は医師会に強制加入。
	総会の構成員の改組	日本医師会の総会は道府県医師会の会長及び特別議員により構成。特別議員は道府県医師会の会員又は医事衛生に学識・経験のある者で厚生大臣が任命。
	役員の地位の強化	日本医師会の会長は内閣任命、道府県医師会長は地方長官が厚生大臣の認可を受け任命。

（出典）厚生研究所（1942）45-56 頁を基に筆者作成。

限り厚生大臣が許可する制度を創設することとされた。これは新たに専門医の国家検定制度（一種の専門医制度）を設けるものであり、国民医療法においても、「…科名ニ付専門ヲ標榜セントスルトキハ勅令ノ定ムル所ニ依リ主務大臣ノ許可ヲ受クベシ」（13条）という条文が設けられた。しかし、「この科名専門の許可は、審査を終えないうちに終戦を迎え、現実には与えられないままに終わった」（厚生省医務局〔1976〕297頁）。歴史に仮定を持ち込むことは許されないが、今日に至る専門医制度の混乱をみると、仮に国民医療法の国家検定制度が実施され、戦後GHQがそれを後押したらどうなっていたらだろうか、と思うことがある。

⑥の医師会の官製化に関しては、「総会の構成員の改組」の意味がわかりにくいと思わ

れる。当時の解説書は、その趣旨について、「医師会の現状を見ると総会なるものは常に論争を事とし、これがその事業遂行の不活発を来さしめる原因と認められるなど、とかくその使命達成上面白くない点が多く、しかもその原因が主として役員、議員の選挙制度に関係している実情に鑑み、改組案では総会構成員の改善、特別議員制の創設、会長官選制の採用など議決機関に対する理事機関の地位強化を図り、選挙による弊害の除去方を講じた」（厚生研究所〔1942〕64頁）と述べている。

本題に戻る。医療制度改善方策は医師会等の猛烈な反発を招いた。この方策には自由開業制の修正や医師会の官製化などが盛り込まれていたから当然である。しかし、当時は既に戦時体制下であり、医療の統制強化は国是であった。このため、医療制度改善方策をベースに国民医療法案が作成され、太平洋戦争勃発後の昭和17年（1942）1月に開会された戦時議会（第79回帝国議会）において、同法案は国民体力法改正法案等と併せて可決成立した。なお、国民医療法には当時の小泉親彦厚生大臣の肝煎りで日本医療団の創設が規定された。日本医療団は「国民体力ノ向上ニ関スル国策ニ則シテ医療ノ普及ヲ図ル」（29条）ことを目的とする政府出資の法人であり、私立病院も含め医療機関を日本医療団に極力統合し全国的に医療機関の体系的整備を図ることが計画された。その具体的な内容は公営医療機関の整備と関係するので後述する。

2. 医療制度改善方策における医師・医療機関の偏在対策

（1）開業制限制度の創設

医療制度改善方策の最大の目的は医師・医療機関の偏在を是正することであり、そのためには自由開業制の是非にまで踏み込む必要がある。実際、医療制度改善方策では、医師数が過剰と認められる都市及びその近接町村における新規開業を制限し、それにより医師の分布是正を行う旨が明確に述べられている。これは単なる開設許可制度とは異なる。野間は、医療制度改善方策において開業制限制度を採用した理由について、許可の基準（標準尺度）が不明確な開設許可制度に比べ、地域と時期を限って新規開業を一律に禁止・制限する開業制限制度の方が簡明である旨を述べている（野間〔1940〕133頁）。けれども、国民医療法では、「病院、診療所又ハ産院ヲ開設セントスル者ハ命令ノ定ムル所ニ依リ主務大臣又ハ地方長官ノ許可ヲ受クベシ」（21条）と開設許可制度に変わっている。その理由は必ずしも定かでないが、医師会が開業制限制度に反対していたという政治的理由に加え、法技術的にも医師数が過剰である基準の設定及び対象地域の線引きが難しかったからだと推測される。

国民医療法は戦後の昭和23年（1948）7月に廃止され、これに代わって制定された医療法は、病院は許可制、診療所は届出制を採った。そして、昭和60年（1985）には、病床過剰地域では増床を認めないという病床規制が導入され今日に至っている。この病床規制は医療制度改善方策の開業制限制度と類似するが、戦前からその弊害が指摘されていることは興味深い。たとえば、野間は、開業制限制度の欠点として、「制限期間中はその地

域の医師は固着してしまい、清新澆漓の気分を失うとか、制限解除の途端に、またどっと開業者が増加するなどの類は免れない所である」(野間〔1940〕133頁)と述べている。今日風にいえば、開業制限制度は既得権益化を招き新陳代謝を阻害するということである。また、医療制度改善方策の開業制限は医療施設配置の適正化を図るためであるが、いくつかの地方医師会からは、開業激増による経営難のために開業制限の要望が出されていることも解説書の中で紹介されている。そのうえで、開業制限という「結果は同じでも、一方は国策、片方は営業擁護という全く反対な動機から生まれた皮肉なものもある」(厚生研究所〔1942〕132頁)と辛辣なコメントが付されている。

(2) 医師の勤務指定制度の創設

勤務指定制度とは、医師免許を受けて1年以内の新人に2年間以内に限り、どここの医療機関に勤務せよと厚生大臣が勤務指定を命じ得る制度である。この趣旨は、医師以外の医療職も含めて国民医療法の条文に盛り込まれた。「主務大臣国民体力ノ向上ヲ図ル為必要アリト認ムルトキハ勅令ノ定ムル所ニ依リ医療関係者ト為リタル者ヲシテ二年以内主務大臣ノ指定スル業務ニ従事スベキコトヲ命ズルコトヲ得」(22条)という規定がそれである。そして、勅令では、その指定業務として、国、地方公共団体、日本医療団又は厚生大臣の指定する者の行う医療及び保健指導に関する業務が規定された。ただし、勤務指定制度の運用実態はよくわからない。おそらく実際に適用された例はほとんどなかったと推測される。その根拠は2つある。1つは、国会総動員法に基づく「医療関係者徴用令」が昭和16年(1941)12月に公布されており、戦局の悪化に伴い、免許取得直後の医師もこの「徴用令」に基づき戦地徴用された例が少なくなかったことである。もう1つの根拠は、医療界の強い反対もあったためか、厚生省がこの制度の適用に慎重な姿勢を示していたからである。国民医療法の解説書に載っている次の問答は、その典型例である(厚生研究所〔1942〕138頁)。

(問) 勤務指定制度を設けたために将来医師志望者が減少するおそれがないか。

(答) 勤務指定制度はたびたび申すように医師の適正な配置をするために、必要な場合に発令する途をひらいたもので、全医師に必ず指定するとか、無医村に配置する目的で設けたものではない。これを実施する結果は現在の医学校卒業者の就職斡旋方法の不合理をも是正できるし、また勤務指定を受けた者は将来安心して政府から就職の斡旋もしてもらえらるほかに、総合病院等で診療の修練をする機会もあたえられるのであるから、この制度の趣旨がよく了解されたならば、医師志望の減少などという現象は起こらないと思っている。

今日、へき地の医師確保の即効策として、地方自治体や病院関係者から、医師免許取得後の医師に1・2年程度、医師不足地域の勤務を義務づけたらどうかという提案が行われることがある。戦時中のこととはいえ、わが国においてそのような趣旨の法律上の条文が存在したことは、意を強くするむきもあろう。ただし、残念なことに、戦後、国民医療法

が廃止されたことにより、勤務指定制度の法令上の根拠自体が消滅してしまった。

（３）公営医療機関の設置

開業制の創設や勤務指定制度もさることながら、医師・医療機関の偏在対策の最大の柱は公営医療機関の設置である。その具体的な内容は、道府県立の地方出張所又は出張診療所を設置するとともに、地方診療所の上級機関として道府県立総合病院を設置することである。また、医療制度改善方策では、町村立の一般診療所を道府県へ移管すること、産業組合立のうち総合病院として適当なもの及び道府県が必要と認める診療所を道府県へ移管することも提言されている。ちなみに、産業組合とは産業組合法に基づく協同組合組織（現在の厚生農業協同組合の前身）であり、医療過疎の東北地方等を中心に医療利用組合を設け、低廉な料金で医療を提供する農村医療事業を展開していた。注目すべきことが3つある。

第1は、産業組合は自由開業制の欠陥を是正することには賛成したが、産業組合立の医療機関をすべて道府県立に移管する方針には強く反対したことである。その理由として挙げられているのは、「産業組合の持つ自主的な性格を否定し農民医療を官僚化すること」（全国厚生農業協同組合連合会〔1968〕418頁）に対する危惧である。実は、この点に関しては野間も、「そこに勤務する医師が官吏や公吏になるといって、漸次その経営方針が官僚的となり、患者処遇が不親切となって、医師患者間の相互信頼関係が稀薄となるとの非難もある。今日の公営機関には多少そういう傾向もあるであろう」（野間〔1940〕164頁）と認めている。また、「調査会の審議の際にも、公営拡充に当って、一層この点（医療の官僚化、患者処遇の不親切、医療担当者の頻繁な交代を指す。引用者注）に留意をすると同時に、適当なる措置によって、利用者大衆の利益増大を企画せねばならぬという希望意見が付けられた」（野間〔1940〕168-169頁）と記している。

第2は、産業組合側も総合病院が医療過疎地の診療所と連携する構想には賛成していたことである。その理由は産業組合が自らそれを実践してからにほかならない。たとえば、産業組合活動の指導者の1人であった黒川泰一は、秋田県を具体例として挙げ、「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、ここに多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を『基地』として、ここより区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、またはこれらを置くことの出来ない地域には巡回診療班を派遣する」と述べ、医療過疎地の医療を確保するにはこうした方法しかないとして断じている（黒川〔1938〕101頁）。これは戦後、WHOが開発途上国に対し勧奨した三層制による地域医療確保構想の先取りであり、今日風にいえば「コンパクト・アンド・ネットワーク」そのものである。

第3は、医療機関を階層化・体系化し整備するという考え方は、より発展した形で国民医療法に継承されたことである。すなわち、同法に基づき設立された医療団は、医療を一般体系と特別体系（結核療養所）に分け、一般体系については、①東京・大阪に中央総合

病院（2か所、各500床）、②47カ所の道府県総合病院（道府県庁所在地、各150床）、③588か所の地方総合病院（道府県内枢要地、各50床）、④無医町村等に地方診療所及び地方出張診療所を設ける計画を打ち出した。ただし、この計画は、病院の統合に伴う職員の身分等に関する調整が難航したことに加え、戦局が悪化する中で十分進捗せずに終わることとなった。なお、昭和18年（1943）、日本医療団と日本医師会の役員等で構成される委員会は無医村対策要綱を定めた。その要綱では、根本的対策として「最も肝要なるは無医村診療所を孤立せる医療機関とせず日本医療団の大医療組織の一部となし（中略）その診療所は地方病院の前哨的存在たるの実態を具備せしむるを要す」と記されている。そして、「今後の医師は医療と同時に保健をも掌るものにして凡ゆる医師は保健所精神を体得把握すべきものとす。この意味に於ては第一線の診療所は若き医師の錬成道場とも称すべし」（久下〔1977〕63頁）と興味深い指摘を行っている。

（4）都道府県立病院中心の整備構想の顛末

日本医療団は昭和22年（1947）1月に解散に関する閣議決定が行われたが、解散に当たっては病院の処理方針と医療機関の整備方針を決定する必要があった。このため、同年2月に医療制度審議会が設置され、①日本医療団の一般医療施設は原則として都道府県又は大都市が引き継ぎ、結核療養所等は国営とすること、②社会保障制度と緊密に連携しうる公的医療機関を中心に普及と助成に意を注ぐべきこと、を主な内容とする答申を行った。また、この答申には中央及び都道府県に医療機関整備審議会を設置することが提言されており、これを受け設置された医療機関整備中央審議会は、昭和25年（1950）2月、三層構造（各県に1つの中央病院、2・3の保健所地区に地方病院、その下に地区病院を設置する）の体系的な病院整備等を内容とする答申を行った。さらに、翌年8月には、医療審議会がこれとほぼ同じ内容の基幹病院整備計画を打ち出した。要するに、戦後も1950年代までは都道府県立病院を中心に医療機関を体系的に整備する考え方が採られていたのである。けれども、現実にはそのようには進まなかった。

1つには、都道府県立よりも市町村立の病院・診療所の方が増加した。これは、昭和23年（1948）に国民健康保険事業が組合運営から市町村公営に改正されるとともに、昭和36年（1961）の国民皆保険を控え、「保険あって医療なし」とならないよう市町村が直営施設の整備を進めたためである。しかし、地方財政の余力が乏しかったことに加え、この後述べるように政策の方針が変化したこともあって、公立病院を設置する動き自体が鈍化し、その数は昭和38年（1963）以降減少傾向を辿ることになった。

もう1つの理由は、1960年代初頭に政策の軸足が明確に「公」中心から「民」中心にシフトしたからである。たとえば、昭和38年（1963）には医療制度調査会の答申が出されたが、この答申では、「国、公立の医療施設の整備が急速に行なわれ、また、国民皆保険を迎えた今日においては、そのあり方は基本的に再検討されるべきである」と述べるとともに、「医師会および歯科医師会等の主導的活動が望まれる」ことを強調するなど「民」

の役割を重視したものとなっている。また、昭和25年（1950）の医療法改正による医療法人制度の創設に加え、昭和35年（1960）に医療金融公庫が新設され、民間医療機関の開設資金の調達が容易になった。そして、昭和37年（1962）に医療法改正（議員立法）が行われ、病床過剰地域における公的医療機関の新設を禁止したことも重要である。これは病院の都市部の偏在是正が理由とされているが、昭和60年（1985）の病床規制と異なり民間病院は規制の対象外であった。このため、1960年代から1970年代初頭にかけて都市部を中心に民間病院の増設（その中には診療所から病院への転換も含まれる）が進み、医師や医療機関の地域格差はむしろ拡大した。昭和47年（1972）に自治医科大学が創設されたのは、こうした時代背景がある。

3. 考察

以上、エピソードや顛末等も交え医療制度改善方策や国民医療法について述べた。それを基に論点を3つに絞り考察する。

（1）資源制約と国家統制

医療制度改善方策には、医療の国家統制策として人間が思いつく案が網羅されている。そして、それらの多くは単なるアイディアにとどまらず法律の条文に結実した。これは戦時中という特殊な条件下だから成就したと思われるむきもあろう。しかし、それは偏頗な見方である。国家統制策が採られた本質的な理由は、医療資源の制約が厳しい中で配分の適正を図る必要があったからである。それは、必需物資が欠乏すれば、戦時に限らず国が優先順位をつけ配給するのと同じ理屈である。いずれにせよ、財政や人的資源の制約が厳しさを増すわが国において、資源制約が強まれば国家統制は行われやすくなるというのは貴重な教訓である。

誤解がないように付け加えれば、私は国家統制が望ましいと考えているわけではない。特に医療のように専門性や個別性が強い分野においては、専門家の裁量性や自律性は基本的に尊重すべきであると考えている。たとえば、医療の優先順位づけも、国家が直接行うより専門職能集団の判断に委ねた方が適切な場合が少なくないであろう。ただし、自由は責任を随伴する。さらにいえば、プロフェッショナル・フリーダムは、言論の自由のような自然権とは異なる。あくまで国民の負託に基づき政策的に認められたものにすぎない。したがって、専門家や専門職能集団が国民の信頼に応えられなければ、国民の「後見人」として国家が介入せざるをえなくなることに留意すべきである。

（2）へき地医療確保に関する公立病院の役割

戦時中から戦後間もない時代を除き、わが国は病院についても民間セクター中心主義（以下「民」中心主義）が採られてきた。筆者は、功罪はあるものの、「民」中心主義は日本の医療が良好なパフォーマンスを遂げてきた要因の1つであると考えている。その最大のメリットは、患者サービスの改善や効率性の向上のインセンティブが強く働くことであ

る。その関連でいえば、既述したように、戦前から公営医療機関の短所として官僚化の弊害が指摘されていたことは興味深い。一方、「民」中心主義のデメリットは、医療機関の整備の体系性・計画性が損なわれることである。その最たる例は医療機関の地域偏在である。「民」は不採算地域には手を出さない。したがって、へき地医療の確保は、(再編・ネットワーク化の検討は必要であるにせよ) 現実問題として公立病院が担わざるをえない。その意味では、「民」中心・「公」補完主義というのが正確な表現であるが、医療機関が密集している地域では「公」の補完の意味は厳しく問われよう。

たとえば、都道府県立病院の中には県庁所在地等に立地し基幹病院として位置づけられているものが少なくないが、単に高度な医療を行っていればよいわけではない。医師の地域偏在が深刻化する中で、医師を集積しへき地医療支援の派遣元としての役割を果たすことが求められる。ちなみに、新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月31日総財準59号)においても、公立病院に期待される機能の例示として、「研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能」が掲げられている。さらに、総務省の「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」が平成29年(2017)12月に公表した報告書には、次の記述が盛り込まれている。これは筆者らの主張が反映されたもので面映ゆいが、参考になると思われるのでそのまま引用する。

県庁所在地にあって基幹病院となる公立病院や県立中央病院の中には、へき地医療を支える他の病院や診療所、その他医師確保に悩む病院への医師派遣を行っているものがある。そうした先行事例を踏まえ、今後これらの病院においては、地域医療支援センターやへき地医療支援機構、医科大学等の医師派遣機関等と連携の上(更に可能であれば、他の公的・民間医療機関とも協力し)、医療需要に応じた医師の派遣機能や人材育成機能(特にへき地や不採算地区の病院で求められる総合診療専門医の育成)などを新たな役割と位置づけていくことが重要である。

(3) 大学医局及び都道府県の役割

医師は金銭的理由だけで就業地を選択するわけではなく、市場競争的手法により医師の適正配置を実現することはできない。さりとて、強制的な手法も医師のモチベーションが上がらず奏功するとは限らないが、わが国で比較的これに近い役割を果たしてきたのは大学医局による医師派遣機能である。しかし、近年、その機能は脆弱化している。その理由として新臨床研修制度の導入に伴う「大学病院離れ」を指摘する者がいるが、そうではない。本質的な理由は、医局による医師派遣は支配従属関係を前提とした前近代的な手法だからであり、その復権を目指すのはアナクロニズムというべきである。ちなみに、支配従属関係の下で本人の自由意思に反する就職先の斡旋行為は、職業安定法上禁止されている労働者供給事業に当たり、医局による医師の派遣は同法に抵触するおそれの高い形態であるとして、どのような場合に同法違反に該当するかについて通知(平成14年10月4日職安1004004号)が発出されている。

以上述べたことは、大学医学部や医局は学部教育に専念し卒業後の就業に関与すべきでないという主張とは異なる。個人の能力・適性等も考慮したうえで本人の希望に沿ったキャリア形成を支援すること、都道府県とも協力しながら遠隔医療の活用や代診医の派遣等を含めバックアップ機能を発揮することは、大学医学部や医局の役割・使命である。これに関連していえば、医師の偏在是正の決定打はないが、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が臨床研修修了後、地元で勤務する割合が高いことが知られている（桐野〔2018〕171-174頁）。ただし、「地域枠で入ったのだから義務年限までは地元で働け」といった姿勢で臨むと、かえって地域への定着は期待できない。勤務指定制度のところで紹介した問答の中で勤務指定後の人事上の配慮に言及されているのは、この辺りの機微に触れるものとして興味深く思われる。

おわりに ― 結びに代えて ―

本稿の執筆に当たり、地域医療振興協会及び自治医科大学地域医学研究会が編集した『今日と明日のへき地医療』を読んだが、その中で「後方支援の確立に必要不可欠なドクター・プール制」（195頁）が提言されていることを知り驚いた。本稿で紹介した戦前の産業組合の黒川泰一の主張と同じだからである。同時に思ったことは、実践活動の中から生まれる提言は説得力を持つことである。その意味で自治医科大学の半世紀の経験は貴重である。これをスプリングボードとして、へき地医療確保のために一層の飛躍を遂げていただくことを祈念申し上げ、結びに代えたい。

【参考文献】

- 桐野高明（2018）『医師の不足と過剰——医療格差を医師の数から考える』東京大学出版会
 黒川泰一（1939）『保健政策と産業組合』三笠書房
 厚生研究所（1942）『国民医療法と医療団』研進社
 厚生省医務局（1976）『医制百年史』ぎょうせい
 島崎謙治（2020）『日本の医療—制度と政策〔増補改訂版〕』東京大学出版会
 全国厚生農業協同組合連合会（1968）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』
 高岡裕之（2011）『総力戦体制と「福祉国家」——戦時期日本の「社会改革」構想』岩波書店
 地域医療振興協会・自治医科大学地域医学研究会（1991）『今日と明日のへき地医療』講談社
 野間正秋（1940）『医療制度改善論』ダイヤモンド社
 久下勝次（1977）『日本医療団史』日本医療団